

Mengenal Rancang Bangun Program Keluarga Harapan Kesehatan

Budi Hidayat

Abstrak

Pemerintah Indonesia sedang melakukan uji coba program bantuan tunai bersyarat (BTB), yakni Program Keluarga Harapan (PKH). Program ini memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga miskin dengan mensyaratkan mereka melakukan investasi sumber daya manusia. Pelaksanaan BTB di berbagai negara selalu diikuti upaya sistematis untuk mengukur efektivitas dan memahami dampak yang lebih luas dari program pada perilaku rumah tangga. Artikel ini menyajikan bukti nyata bahwa BTB telah meningkatkan kehidupan penduduk miskin. BTB dipuji sebagai cara untuk mengurangi kesenjangan terutama di sejumlah negara Amerika Latin; membantu rumah tangga keluar dari lingkaran setan kemiskinan yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya; meningkatkan status kesehatan dan gizi anak, serta membantu negara memenuhi tujuan-tujuan pembangunan millenium. Artikel ini juga mengupas lebih dalam mengenai rancang bangun PKH, termasuk alasan-alasan pengembangan PKH kesehatan serta proses penetapan persyaratan kesehatan.

Kata kunci : Program keluarga harapan, bantuan tunai bersyarat

Abstract

The Government of Indonesia is testing a conditional cash transfer (CCT) program, e.g., Family Hope Program. This program provides money to poor households conditional on investments in human capital. CCTs implementation in various countries has been followed by systematic efforts to measure their effectiveness and understand their broader impact on households' behavior. The article shows empirical evidence that CCTs have improved the lives of poor people. CCTs have been hailed as a way of reducing inequality, especially in Latin America countries; helping households break out of a vicious cycle whereby poverty is transmitted from one generation to another; promoting child health and nutrition; and helping countries meet the Millennium Development Goals. This article explores more deeply on the design of the Indonesian CCT program, including the reasons for the development of CCT health and health conditionalities determination process.

Key words : Family hope program, conditional cash transfer

Mulai Juli 2007 Pemerintah Indonesia melakukan uji coba Program Keluarga Harapan di 7 provinsi (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo dan Sumatra Barat) dengan cakupan 382.000 rumah tangga miskin. Program Keluarga Harapan (selanjutnya disebut PKH) kini ditemui juga di Nangroe Aceh Darussalam, Sumatra Utara, DI Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat dan Kalimantan Selatan. Sampai akhir 2009, peserta PKH di 13 provinsi mencapai 720.000 rumah tangga miskin.¹

Peluncuran PKH di Indonesia terinspirasi dari kisah sukses program serupa di berbagai negara, yang dikenal dengan *conditional cash transfers* (CCT). Program CCT terbukti menyokong pemenuhan berbagai target indikator tujuan pembangunan milenium. Angka kemiskinan di Kolombia turun 6%. Di Meksiko, CCT berhasil menurunkan angka kesakitan bayi usia di bawah 3 tahun (-39,5%) dan kasus anemia (-25,3%) serta meningkatkan cakupan imunisasi dan tinggi badan anak.² Angka partisipasi sekolah juga naik, di Meksiko (8%), Kolombia (13%), dan Nikaragua (22%).^{3,4}

Di Indonesia, PKH diposisikan sebagai salah satu upaya untuk memerangi kemiskinan, serta dijadikan embrio pada pengembangan sistem perlindungan sosial.⁵ Program ini memiliki tujuan khusus, salah satunya, untuk meningkatkan akses warga miskin terhadap layanan pendidikan dan kesehatan. Prinsip dasarnya adalah memberi bantuan dengan mensyaratkan peserta melakukan investasi sumber daya manusia (SDM). Implementasi PKH dalam jangka panjang diharapkan akan mampu memutus mata rantai kemiskinan antar generasi.

PKH berbeda dengan bantuan langsung tunai (BLT) dalam banyak hal. PKH lebih menitikberatkan pada upaya investasi jangka panjang SDM. Menyekolahkan anak serta memanfaatkan berbagai pelayanan kesehatan seperti mengimunisasi bayi, memantau tumbuh kembang anak, memeriksakan kandungan adalah beberapa contoh investasi jangka panjang SDM. PKH memberikan insentif bagi pesertanya jika mereka bersedia melakukan investasi SDM tersebut. Sanksi berupa pengurangan bantuan sampai dikeluarkannya kepesertaan dari PKH diberlakukan jika ada anggota keluarga PKH yang tidak mematuhi kewajiban yang diberlakukan. Periode pemberian bantuan PKH juga lebih lama untuk menjamin pencapaian tujuan dalam memutuskan lingkaran kemiskinan antar generasi. Targetnya adalah rumah tangga sangat miskin yang memiliki anak usia kurang dari 15 tahun atau kurang dari 18 tahun, namun belum menyelesaikan pendidikan dasar, dan/atau memiliki ibu hamil. Penargetan PKH membutuhkan data kemiskinan mikro yang mencatat bukan hanya nama dan alamat, tetapi juga karakteristik anggota keluarga miskin seperti usia, status kehamilan, status pendidikan, perilaku penggunaan pelayanan kesehatan dan pendidikan.⁶

PKH terdiri atas dua komponen, yaitu pendidikan dan kesehatan. Tulisan ini mengajak pembaca untuk lebih mengenal rancang bangun PKH kesehatan. Pada bagian berikut disajikan kajian literatur tentang dampak CCT pada kesehatan. Bagian ketiga dan keempat menyajikan masing-masing rasionalitas PKH kesehatan dan proses penetapan kewajiban. Tulisan ini diakhiri dengan kesimpulan dan saran.

Dampak CCT; Pembelajaran dari Sejumlah Negara

Program CCT semula muncul di negara-negara berpenghasilan menengah, seperti Meksiko (*Progressa*), Brasil (*Bolsa Escola, and Bolsa Família*), Kolombia (*Familias en Acción*), Jamaika (*the Program of Advancement through Health and Education*, PATH), Honduras (*Programa de Asignación Familiar*), Ekuador (*Bono de Desarrollo Humano*), Turki (*the Social Solidarity Fund*), Chili (*Solidario*), Panama dan Afrika Selatan. CCT kemudian menyebar ke negara berpenghasilan rendah lainnya, seperti Nikaragua (*the Red de Protección Social*), Bangladesh (*Female Secondary School Assistance Program*), Pakistan (*Punjab Education Sector Reform Program*), Burkina Faso, Lesotho, dan Kamboja.⁷⁻¹⁰

Pelaksanaan program CCT di berbagai negara selalu diikuti dengan upaya sistematis untuk mengukur efektivitas dan memahami dampak program yang lebih luas pada perilaku rumah tangga. Hasil-hasil evaluasi telah menunjukkan keberhasilan program, dan terbukti memenuhi tujuan dasarnya, yaitu: (i) mengurangi kemiskinan (Meksiko dan Brazil), (ii) meningkatkan prestasi pendidikan, (iii) meningkatkan kesehatan ibu dan anak, dan (iv) mengurangi kekurangan gizi.^{2,11,12} Dampak-dampak lain CCT juga ditemukan, seperti pengurangan pekerja anak, penguatan ekonomi lokal, efek ganda pada investasi SDM, serta efek samping pencapaian pendidikan pada kelompok non-miskin.^{13,14}

Implementasi CCT menunjukkan dampak positif pada aspek kesehatan (Lihat Tabel 1). Di Meksiko, peserta *Progresa* memiliki angka kunjungan 18% lebih tinggi dan angka kesakitan anak balita 12% lebih rendah dibandingkan dengan non peserta.² Pemanfaatan layanan kesehatan peserta *PRAF* di Honduras dan *RPS* di Nikaragua mengalami kenaikan masing-masing 15-21% dan 3%. Dampak CCT ditemukan juga pada pemantauan tumbuh kembang anak di Kolombia, Meksiko, Honduras dan Nikaragua.³⁻⁴

CCT berdampak pada peningkatan status kesehatan dan gizi. *Progresa* terbukti menurunkan anemia 25,3%, serta berhasil meningkatkan tinggi badan bayi.² Angka *stunting* turun di Meksiko (10%), Nikaragua (5,5%) dan Kolombia (7%). Perbaikan status gizi disebabkan oleh karakteristik CCT, seperti peningkatan pendapatan karena subsidi berdampak pada peningkatan belanja maka-

Tabel 1. Dampak CCT pada Kesehatan

	Negara (Program)		
	Meksiko (<i>Progres</i>)	Honduras (PRAF)	Nikaragua (RPS)
Kunjungan kesehatan	+18%	+15-21% poin	+16.3% poin
Kesakitan (usia 0-5 tahun)	-12%	~	~
Monitor tumbuh kembang anak	+30-60%	+17-22 % poin	+13 % poin
Gizi (<i>stunting</i>)	-10% pts	Tdk ada dampak	-5.5 % poin

Sumber: Gertler (2004)²; Maluccio and Flores (2005)³; Skoufias (2005)⁴.

nan, kewajiban memonitor tumbuh kembang anak serta informasi perawatan anak, dan/atau tambahan makanan bergizi. Di Meksiko dan Nikaragua, konsumsi makanan berkalori meningkat, demikian juga untuk konsumsi buah-buahan, sayur-mayur, daging dan berbagai produk makanan harian lainnya (Lihat Tabel 1).

Rasionalitas Pengembangan PKH Kesehatan

Di Indonesia, upaya perbaikan akses terhadap layanan kesehatan sudah lama menjadi agenda pemerintah. Intervensi pada sisi suplai telah dilakukan melalui berbagai upaya, seperti: (i) pembangunan infrastruktur (lebih dari 8.000 puskesmas, 22.200 puskesmas dan 5.800 pusling telah dibangun), (ii) penyediaan tenaga (80.000 bidan, 70.000 dokter dan 15.000 dokter diantaranya spesialis telah tersedia), dan (iii) peluncuran program subsidi.¹⁵

Biaya gaji pegawai, obat, operasional serta pemeliharaan adalah contoh program subsidi langsung bagi pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Tujuannya agar PPK mematok harga layanan murah sehingga mampu menghilangkan hambatan keuangan bagi kelompok miskin ketika mengakses layanan kesehatan. Argumentasi ini diambil dari hukum permintaan ilmu ekonomi, yakni jika harga turun maka permintaan naik. Subsidi langsung PPK menguntungkan semua penduduk, kaya dan miskin. Bahkan penduduk kaya lebih banyak yang menikmatinya.¹⁶ Pemerintah juga tengah meluncurkan subsidi bentuk lain, yakni asuransi kesehatan bagi warga miskin dulu dikenal Askeskin, dan kini berubah menjadi Jamkesmas.

Upaya-upaya di atas secara umum menunjukkan perbaikan status kesehatan masyarakat. Usia harapan hidup penduduk naik dari 45,7 tahun pada 1971 menjadi 69,4 tahun pada 2006.¹⁷ Angka kematian bayi (AKB) turun dari 145 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1971 menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2006. Angka kematian ibu (AKI) juga mengalami penurunan. Hasil SDKI tahun 2007 mencatat AKI untuk periode 5 tahun sebelum survei berada pada angka 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini lebih kecil

dibandingkan AKI hasil SDKI 2002-2003 yang mencapai 307.

Penurunan AKB dan AKI merupakan barometer suksesnya pembangunan sektor kesehatan. Namun, prestasi pembangunan kesehatan tidak bisa dinikmati secara merata. Gambar 1 menyajikan ketimpangan angka kematian bayi menurut tingkat pendapatan. Sebanyak 61 per 1.000 kelahiran oleh rahim ibu 20% kelompok termiskin (Kuintil 1) meninggal sebelum bayi merayakan ulang tahun yang pertama. Bandingkan dengan AKB pada Kuintil 5 (atau 20% terkaya), yakni hanya 17 bayi meninggal sebelum mereka berusia setahun (SDKI 2003). Ketimpangan terjadi juga untuk kasus angka kematian ibu (Lihat Gambar 1 dan Tabel 2).

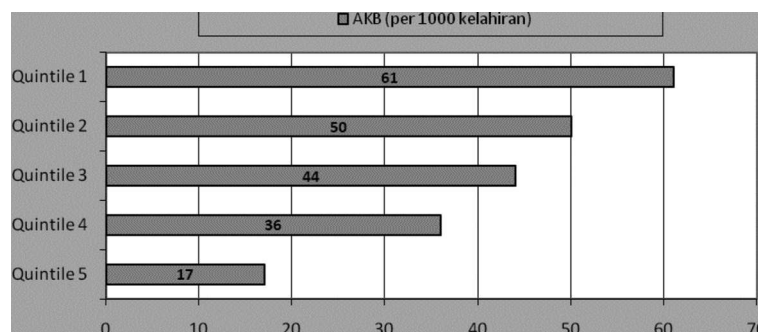
Gambar 1 merefleksikan suramnya status kesehatan warga miskin. Fakta ini mengharuskan strategi atau upaya-upaya selain yang sudah dilakukan pemerintah (Kolom 2, Tabel 2). Atas dasar pertimbangan ini dan kisah sukses dari implementasi program CCT di sejumlah negara, pemerintah Indonesia mengadopsi PKH. Program ini bisa menjadi komplemen program-program lain (misal Askeskin/Jamkesmas), dan saling menguatkan untuk meningkatkan akses warga miskin terhadap layanan kesehatan.

Kewajiban PKH Kesehatan

Penetapan kewajiban PKH kesehatan diawali melalui serangkaian pembahasan oleh berbagai aktor: Bappenas (Direktorat Kesehatan, Direktorat Kemiskinan), Depkes, lembaga donor (ADB, Bank Dunia) dan para konsultan. Dua pertanyaan muncut ketika mendisain kewajiban kesehatan: (i) masalah kesehatan apa yang dipecahkan oleh PKH? (ii) apa yang mempengaruhi keberhasilan tersebut?

Hasil diskusi menyepakati permasalahan kesehatan yang potensial dipecahkan melalui PKH adalah AKI dan AKA (Tabel 2, Kolom 1). Tim pengembang selanjutnya mengidentifikasi determinan AKI dan AKA, dan menunjukkan bahwa:

Determinan AKI dan AKA sangat kompleks. Kematian ibu di Indonesia umumnya disebabkan oleh



Gambar 1. Angka Kematian Bayi (per 1000 kelahiran) Menurut Tingkat Pendapatan

Tabel 2. Rasionalitas PKH Kesehatan

Permasalahan Kesehatan	Strategi yang Sudah Ada	Hambatan yang Masih Ditemui	Upaya (Penguatan&/Komplemen)
Status kesehatan yang rendah (misal AKB dan AKI)	Program-program rutin Depkes	Konsumen (pengetahuan), dan Suplai (disparitas antar daerah, dll)	
Kesenjangan status kesehatan menurut tingkat pendapatan			PKH Kesehatan
Utilisasi pelayanan kesehatan bagi warga miskin yang rendah	Askeskin/Jamkesmas	Konsumen (jarak, transport, dll)	
Kesenjangan utilisasi pelayanan kesehatan menurut pendapatan	Program subsidi (fasilitas kesehatan, obat & alkes, gaji pegawai, dll)	Kurang efisien krn sebagian besar dinikmati orang kaya (<i>regressive</i>)	

perdarahan, infeksi, eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, anemia, partus lama, dan komplikasi abortus. Kematian ibu karena perdarahan mengindikasikan manajemen persalinan kurang adekuat. Penyebab ini menyumbang sekitar 28% dari kematian ibu. Eklampsia merupakan penyebab utama kedua kematian ibu (13%) di Indonesia. Kematian ibu karena infeksi mengindikasikan pencegahan dan manajemen infeksi kurang baik. Sedangkan untuk bayi, ada tiga penyebab utama kematian, yaitu infeksi saluran pernapasan akut, komplikasi perinatal, dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini menyumbang sekitar 75% kematian bayi di Indonesia. Pola penyebab utama kematian balita juga mirip dengan penyebab kematian bayi, dengan kecenderungan serupa dari waktu ke waktu.¹⁸

Permintaan terhadap pelayanan kesehatan masih rendah. Banyak orang mengeluh sakit, namun tidak mencari pengobatan. Analisis data IFLS menemukan dari 82% responden yang menyatakan sakit, hanya 23% berobat. Ini masalah klasik dan utilisasi pelayanan kuratif yang rendah merupakan penyokong tingginya angka kematian di negara berkembang.¹⁹

AKI dan AKA bagi warga miskin yang tinggi mencerminkan akses mereka pada fasilitas dan kualitas layanan

kesehatan yang belum optimal. Dengan demikian, upaya perbaikan cakupan imunisasi, promosi dan pendidikan kesehatan, akses pelayanan kesehatan akan berpengaruh pada perbaikan AKI dan AKA warga miskin.

Pemanfaatan layanan kesehatan yang minim oleh ibu dan bayi terkait pula dengan kemiskinan, pendidikan, faktor geografis, serta pembangunan sosial lainnya. Ibu miskin seringkali mengalami kesulitan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 1 kali masih tinggi, yakni 65% dari semua persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Cakupan kunjungan ibu nifas baru mencapai 74%.²⁰ Belum optimalnya pemanfaatan pelayanan preventif serta rendahnya akses pelayanan kuratif turut menjadi pencetus rendahnya status kesehatan ibu dan anak. Ini tercermin dari tingginya AKI dan AKA.

Faktor-faktor lain dari sisi konsumen yang menjadi pendorong tingginya AKI dan AKA adalah: (i) kurangnya kesadaran ibu menggunakan *antenatal care*; (ii) terbatasnya pemahaman dan/atau pengetahuan ibu (serta suaminya) tentang bahaya kehamilan risiko tinggi; dan (iii) ketidakmampuan sebagian ibu hamil (keluarga) untuk membayar biaya transportasi dan perawatan di fasilitas kesehatan.

Tabel 3. Kewajiban Peserta PKH Kesehatan

Sasaran [1]	Kewajiban Peserta [2]	Fasilitas Kesehatan [3]	Dampak [4]
Ibu Hamil	Pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan 4 kali selama kehamilan (antenatal care); Mendapat suplemen tablet Fe	- Fasilitas fisik: Puskesmas, Pustu, Polindes, Pusling - Tenaga kesehatan: Dokter, Bidan Desa - Suplemen: Tablet Fe	
Ibu Melahirkan	Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti Dokter, Perawat, dan/atau Bidan Desa	- Fasilitas fisik: Puskesmas, Pustu, Polindes, Pusling - Tenaga kesehatan: Dokter, Bidan Desa - Bidan kit, obat-obatan dan bahan-bahan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	698,658 orang
Ibu Nifas	Ibu yang telah melahirkan harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatannya minimal 2 kali sebelum bayi berusia 28 hari	- Tenaga kesehatan: Dokter, Perawat, Bidan Desa - Bidan kit, obat-obatan dan bahan-bahan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	
Bayi usia 0-11 bulan	Anak yang berusia di bawah 1 tahun harus ditimbang secara rutin setiap bulan dan diimunisasi lengkap.	- Fasilitas fisik: Puskesmas, Pustu, Polindes, Pusling atau Posyandu - Vaksin: BCG, DPT, Polio, Campak dan Hepatitis B - Alat penyimpan vaksin: cold chain, refrigerator - Alat penimbang bayi: Dacin dan sarung timbang - Buku rekord penimbangan bayi (Kartu Menuju Sehat) - Tenaga kesehatan: Juru Imunisasi seperti perawat, Bidan Desa dan Juru timbang bayi seperti kader kesehatan, Bidan Desa, dll	8,023,819 vaksin
Bayi usia 6-11 bulan	Mendapat suplemen tablet Vitamin A	- Fasilitas fisik: Polindes, Pusling atau Posyandu - Suplemen: Tablet Vitamin A - Tenaga kesehatan: Bidang Desa, Kader Kesehatan	1,454,451 tablet Vit. A
Anak usia 2-5 tahun	Anak yang berusia 2-5 tahun dimonitor tumbuh kembang dengan cara melakukan penimbangan secara rutin setiap 3 bulan di fasilitas kesehatan.	- Fasilitas fisik: Polindes, Pusling atau Posyandu - Alat penimbang bayi - Buku rekord penimbangan bayi (Kartu Menuju Sehat) - Tenaga kesehatan: Juru Imunisasi seperti perawat, Bidan Desa dan Juru timbang bayi seperti kader kesehatan, bidan desa, dll	
Anak usia 5-6 tahun	Melakukan penimbangan secara rutin setiap 6 bulan sekali	- Fasilitas fisik: Polindes, Pusling atau Posyandu - Tenaga kesehatan: Bidang Desa, Kader Kesehatan - Alat penimbang bayi - Buku catatan penimbangan bayi	

Akses pelayanan kesehatan oleh warga miskin yang rendah akan memperburuk status kesehatan mereka. Mengingat PKH bertujuan memperbaiki status kesehatan ibu dan anak warga miskin, maka daftar kewajiban peserta diarahkan pada upaya peningkatan akses warga miskin terhadap layanan kesehatan (Lihat Tabel 3).

Target Sasaran

Peserta PKH adalah rumah tangga yang masuk kategori sangat miskin (RTSM). Penetapan RTSM diawali dengan validasi kemiskinan yang dilakukan oleh BPS melalui survei calon peserta PKH. Sampel survei ini diambil dari kerangka sampel daftar peserta penerima program BLT 2005. RTSM dipilih sebagai calon peserta PKH kesehatan jika ketika survei ditemukan ibu hamil dan/atau anak usia kurang atau sama dengan 6 tahun.

Upaya peningkatan status kesehatan anak dalam PKH

disinergikan dengan upaya peningkatan kesehatan ibu. Alasannya, status kesehatan ibu berimplikasi tidak hanya pada kesehatan ibu, tetapi juga pada kesehatan janin atau bayi pada minggu pertama kehidupannya.²⁰ Oleh sebab itu, Tabel 3, kolom 1 menunjukkan target sasaran anggota keluarga: ibu (hamil, melahirkan dan nifas) dan anak (0-11 bulan, 6-11 bulan, 2-5 tahun dan 5-6 tahun). Pengelompokan ini dilakukan untuk mengidentifikasi daftar kewajiban apa yang harus dilakukan oleh setiap kelompok target sasaran.

Kewajiban Peserta

Kolom 2 Tabel 3 merinci daftar kewajiban peserta PKH. Daftar ini merupakan modifikasi dari protokol kesehatan. Protokol kesehatan menyebutkan anak usia 2-5 tahun ditimbang setiap bulan, sedangkan PKH menetapkan 3 bulan sekali.²⁰ Modifikasi lain adalah menambah



Gambar 2. Alternatif Fasilitas Kesehatan bagi Peserta PKH Kesehatan

kewajiban bagi anak usia 5-6 tahun. Alasannya untuk mengakomodasi pengelolaan administrasi peserta. PKH mencakup pendidikan dengan target anak usia 6-15 tahun. Jika kewajiban kesehatan hanya berlaku bagi balita, RTSM dengan anak 5-6 tahun saja akan keluar dari program. Padahal setahun kemudian mereka memenuhi syarat masuk sebagai peserta PKH pendidikan.

Daftar kewajiban PKH kesehatan selaras dengan ketentuan pelayanan KIA, seperti: (i) pelayanan antenatal mengharuskan diberikan oleh semua fasilitas kesehatan, dan disesuaikan standar nasional yaitu minimal 4 kali selama kehamilan (1 kali masing-masing trimester I dan II, dan 2 kali pada trimester III); (ii) persalinan harus ditolong petugas kesehatan terlatih.²⁰ Kewajiban PKH kesehatan juga sejalan dengan filosofi Askeskin/Jamkesmas. PKH merupakan komplemen Jamkesmas, yakni sama-sama meningkatkan akses layanan kesehatan. Keduanya juga program intervensi sisi konsumen. Bedanya, intervensi PKH (uang tunai) diberikan kepada konsumen, sedangkan Jamkesmas berupa subsidi premi yang dibayarkan kepada penyelenggara asuransi.

Sarana dan Prasarana Kesehatan

Suplai kesehatan (fisik, tenaga, obat-obatan dan alat kesehatan) merupakan faktor penting untuk menyukseskan PKH. Sarana fisik yang dibutuhkan meliputi puskesmas, pustu, pusling, polindes dan posyandu. Puskesmas diharapkan memberikan seluruh layanan kesehatan yang menjadi kewajiban peserta. Pustu yang merupakan satelit puskesmas dan pada umumnya dilengkapi dengan tenaga paramedis dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Polindes yang dilengkapi bidan

desa dan lokasinya dekat dengan peserta diharapkan memberikan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, pelayanan dasar kehamilan, persalinan, dan nifas maupun pertolongan pertama kasus-kasus kegawatdaruratan. Sedangkan posyandu, dikelola oleh para kader dengan bantuan bidan desa dan tenaga paramedis lain dari puskesmas, diharapkan memberikan pelayanan antenatal, penimbangan, serta penyuluhan kesehatan.

Tenaga kesehatan (seperti dokter, perawat, bidan, juru imunisasi dan kader) perlu aktif menyukseskan PKH. Disamping memberikan layanan, mereka juga berperan membimbing peserta PKH dalam memanfaatkan layanan serta memverifikasi kehadiran peserta di fasilitas kesehatan. Suplemen yang dibutuhkan meliputi tablet vitamin A dan Fe, serta berbagai vaksin imunisasi (BCG, DPT, polio, dan campak). Fasilitas kesehatan lain yang harus tersedia adalah jarum suntik, alat penimbang bayi (dacin), alat penyimpan vaksin (*cold chain*, refrigerator), buku monitor tumbuh kembang anak, dan buku pegangan KIA.

Gambar 2 menyajikan alternatif fasilitas kesehatan yang dapat dikunjungi peserta PKH dalam memenuhi komitmennya (Lihat Gambar 2). Lokasi puskesmas yang tersedia hampir di seluruh kecamatan berfungsi sebagai *entry point* penggunaan layanan kesehatan. Dalam PKH, peran puskesmas tidak hanya memberikan layanan, tetapi juga mengatur penjadwalan peserta agar mereka dapat memanfaatkan layanan di setiap fasilitas kesehatan yang berada dibawah otoritas puskesmas (seperti pustu, pusling, polindes, dan posyandu). Peran krusial lain puskesmas adalah memastikan verifikasi komitmen peserta (yakni pencatatan dan pelaporan kehadiran) dilakukan

dengan benar. Hasil proses verifikasi ini akan menjadi acuan perhitungan bantuan PKH pada tahap-tahap pembayaran berikutnya.

Sebagai imbalan atas kontribusi puskesmas, PKH akan menjanjikan peningkatan kinerja puskesmas, seperti naiknya cakupan imunisasi, pelayanan antenatal dan postnatal, proses kelahiran oleh tenaga kesehatan, dan deteksi dini kasus gizi buruk.

Estimasi Permintaan Baru

PKH akan mengakibatkan permintaan baru pada berbagai jenis layanan kesehatan. Antisipasi ketersediaan jenis layanan kesehatan ini mutlak dilakukan. Tabel 3, kolom 4 menyajikan hasil perkiraan permintaan baru (*additional demand*, AD_{kmj}) akibat intervensi PKH. Data yang digunakan dalam perhitungan diambil dari Susenas 2004 dan Podes 2005. Variabel yang dikembangkan terdiri atas: (i) target penerima disetiap kecamatan; (ii) proporsi kelompok target dari penerima PKH di tingkat kabupaten, serta (iii) kondisi permintaan sekarang ditiap kabupaten. Variabel proporsi target grup dan permintaan menggunakan data pada tingkat kabupaten karena data kecamatan relatif kurang representatif menggambarkan kondisi sebenarnya.

Ada sejumlah langkah yang dilakukan untuk menghitung AD_{kmj} untuk setiap indikator di setiap kecamatan, meliputi : (1) Menghitung utilisasi dan/atau cakupan program pada kelompok penduduk termiskin (Kuintil 1) di tingkat propinsi (U_{kj}). Misalnya proporsi anak usia 2-5 tahun yang diimunisasi lengkap dari keseluruhan anak usia 2-5 tahun, proporsi anak umur 2-5 tahun yang mendapat 2 kali vitamin A dari keseluruhan kelompok anak usia tersebut. (2) Menghitung target grup penerima (T_{kj}). (3) Menghitung permintaan sekarang (*existing demand*) dari setiap pemberi layanan kesehatan (PPK). *Existing demand* untuk indikator k , di kabupaten j adalah TU_{kj} . Untuk masing-masing Kabupaten dihitung TU_{kj} , yaitu: (a) jumlah anak usia 0-5 tahun dari keluarga *decile* 1-6; (b) jumlah anak usia 0-11 bulan yang dibantu kelahiran oleh bidan (data di tingkat provinsi). (4) Menghitung permintaan sekarang untuk setiap kecamatan (TUK_{jm}). TUK_{jm} dihitung berdasarkan *share* populasi kecamatan terhadap populasi kabupaten/provinsi, yaitu: (a) jumlah anak usia 0-5 tahun dari keluarga *decile* 1-6; dan (b) jumlah anak usia 0-11 bulan yang dibantu kelahiran oleh bidan (data di tingkat provinsi). (5) Setelah parameter U_{kj} dan T_{kj} dan data penduduk penerima dari setiap kecamatan yang dihitung oleh BPS diketahui, langkah selanjutnya menghitung permintaan baru (AD_{kmj}) di setiap kecamatan untuk masing-masing indikator. Formula yang digunakan adalah [1], dimana AD_{kmj} adalah tambahan permintaan kecamatan m di kabupaten j untuk indikator k ; P_k adalah jumlah penduduk penerima menurut kecamatan; T_{kj} = proporsi target group dari penerima di ka-

bupaten; dan U_{kj} adalah (1- *utilization rate*) di kabupaten.²¹

Kesimpulan

Program CCT merupakan salah satu komponen penting sistem perlindungan sosial di berbagai negara. Program ini menitikberatkan pada upaya investasi jangka panjang sumber daya manusia (SDM), yakni pendidikan dan kesehatan. Menyebarnya CCT ke berbagai dunia tidak terlepas dari fakta empiris akan keberhasilan program. CCT terbukti menyokong pemenuhan berbagai target indikator tujuan MDGs. Indonesia perlu mempersiapkan program dalam kerangka dasar sistem perlindungan sosial yang kokoh. Bercermin pada kisah sukses CCT, PKH layak dipertimbangkan sebagai program yang dalam beberapa tahun mendatang diperluas pelaksanaannya. Program ini bisa menjadi komplemen program lain, seperti BOK (Bantuan Operasional Kesehatan) dan Jamkesmas. PKH bukan pesaing program-program tersebut. PKH kesehatan justru menjanjikan peningkatan cakupan berbagai indikator luasan pembangunan kesehatan, seperti cakupan imunisasi, pelayanan antenatal dan postnatal, kelahiran oleh tenaga kesehatan terlatih, serta deteksi dini kasus-kasus gizi buruk. Inilah janji manis PKH yang perlu dibuktikan. Namun, tantangan pelaksanaan program sangat besar. Keberhasilan PKH tidak hanya ditentukan oleh bantuan dan penetapan kewajiban peserta. PKH membutuhkan sistem informasi manajemen yang handal serta jaringan IT yang tersebar di seluruh lokasi program, diantaranya, untuk memantau komitmen peserta tentang upaya investasi SDM, menghitung jumlah bantuan terkait dengan pemenuhan komitmen serta struktur anggota rumah tangga, dll. PKH juga melibatkan berbagai departemen dan institusi, dan butuh koordinasi dan sinergi diantara mereka, baik pada tingkat pemerintah pusat maupun daerah. Depkes, misalnya, berperan tidak hanya memberikan layanan kesehatan, namun juga harus memastikan ketersediaan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan warga miskin, serta bersedia memberikan verifikasi kehadiran peserta di pusat-pusat layanan kesehatan. Pelaksanaan PKH diharapkan akan semakin membuka peluang terjadinya sinergi antara program yang mengintervensi pada sisi suplai dan permintaan, dengan tetap meningkatkan koordinasi antar sektor, koordinasi antar tingkat pemerintahan, serta antar pemangku kepentingan.

Ucapan Terima Kasih

Sebagian isi artikel ini merupakan materi diskusi bertajuk "Penetapan Persyaratan Kesehatan" yang dikembangkan penulis ketika menduduki posisi konsultan Ahli Kesehatan (bekerja untuk Bappenas, ADB dan World Bank). Penulis terlibat aktif dalam rancang bangun PKH; sejak konsepsi ide, mendisain aturan main, merancang

program pemantauan dan evaluasi, menstansfer hasil rancangan ke pihak pelaksana hingga mengawal pelaksanaan pada tahap awal. Penulis mengucapkan penghargaan atas dukungan dan kerja sama sejumlah kolega ketika merancang PKH kesehatan, yakni dari Bapenas (Bambang Widijanto, Pungky Sumadi, Vivi Yulaswati, Woro S Sulistyanningrum & Pungkas Bahjuri Ali), Bank Dunia (Vivi Alatas, Tarcisio Castaneda, Kathy Macpherson, Jeniffer Donohoe & Jungko Onishi), serta sejumlah kolega dari Depkes, Depsos, BPS dan Depkominfo yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Daftar Pustaka

1. Departemen Sosial Republik Indonesia. Kepesertaan PKH. Jakarta: Departemen Sosial RI; 2010.
2. Gertler PJ. Do conditional cash transfers improve child health? evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *American Economic Review*. 2004; 94(2):336-41.
3. Maluccio JA, Flores R. Impact evaluation of a conditional cash transfer program: the nicaraguan red de protección social. IFPRI Research Report 141, International Food Policy Research Institute, Washington, DC; 2005.
4. Skoufias E. PROGRESA and its impacts on the welfare of rural households in Mexico. IFPRI Research Report 139, International Food Policy Research Institute, Washington, DC; 2005.
5. Pemerintah Republik Indonesia. Pedoman umum program keluarga harapan. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia; 2007.
6. Hidayat B. Kebijakan penggunaan data kemiskinan. In: Thabrany H, dkk. *Sakit, Pemiskinan dan MDGs*. Jakarta, Indonesia: Penerbit Kompas; 2008.
7. Behrman JR, Hoddinott J. Programme evaluation with unobserved heterogeneity and selective implementation: the Mexican Progresa impact on child nutrition. *Oxf Bull Econ Stat*. 2005;67(4): 547-69.
8. Rivera JA, Sotres-Alvarez D, Habicht JP, Shamah T, Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *JAMA*. 2004; 291(21):2563-70.
9. Morris SS, Olinto P, Flores R, Nilson EA, Figueiro AC. Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in northeast Brazil. *J Nutr*. 2004; 134(9):2336-41.
10. Attanasio O, Go´mez LC, Heredia P, Vera-Herna´ndez M. The short-term impact of a conditional cash subsidy on child health and nutrition in Colombia. 2005.
11. Schultz TP. School subsidies for the poor: evaluating the Mexican PROGRESA poverty program. *J. Dev Econ*. 2004; 74(1):199-250
12. Hoddinott J, Skoufias E. The impact of PROGRESA on food consumption. *Econ Dev Cult Change* 2004; 53: 37-61.
13. Gertler PJ, Martı´nez S, Rubio-Codina. Investing cash transfers to raise long-term living standards. Policy Research Working Paper 3994, World Bank, Washington, DC; 2006.
14. Bobonis G, Finan F. Endogenous social interaction effects in school participation in rural Mexico. *Review of Economics and Statistics*; 2008.
15. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Profil kesehatan Indonesia 2006*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2007.
16. Hidayat B, Thabrany H, Dong H, Sauerborn R. The effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia. *Health Policy and Planning*. 2004; 19(5):322-35.
17. BPS. *Statistik Indonesia 2007*. Jakarta (Indonesia): Badan Pusat Statistik; 2007.
18. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Rencana strategis nasional Making Pregnancy Saver (MPS) di Indonesia 2001-2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2003.
19. Hjortsberg C. Why do the sick not utilise health care? The case of Zambia. *Health Econ*. 2005; (12): 755-70.
20. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Buku pegangan ibu dan anak*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2005.
21. Alatas V. *Perhitungan efek CCT terhadap peningkatan permintaan*. Bahan Diskusi, the World Bank, Jakarta, Indonesia; 2006.